

หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนผู้ประกันตน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง)..... ข้าราชการ
 ลูกจ้างประจำ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานคณะแพทยศาสตร์ ตำแหน่ง.....
สังกัดภาควิชา/หน่วยงาน..... เริ่มบรรจรับราชการเมื่อวันที่.....
จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน มีความประสงค์จะขออนุมัติให้ญาติสายตรงขึ้น
ทะเบียนผู้ประกันตน

- 1..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 2..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 3..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 4..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 5..... เกี่ยวข้องเป็น.....
- 6..... เกี่ยวข้องเป็น.....

โดยได้แนบรายละเอียดเอกสารประกอบการขออนุมัติมาด้วย จำนวน 1 ชุด

- สำเนาทะเบียนบ้านบุคลากร สำเนาบัตรประชาชนญาติสายตรง
 สำเนาทะเบียนบ้านญาติสายตรง/ สำเนาทะเบียนสมรส
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

บุคลากรผู้ขอขึ้นทะเบียนประกันตน

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

หัวหน้างาน/ หัวหน้าหน่วย

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่/ผู้แทน

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ (รองคณบดี/ผู้ช่วยคณบดี)

(.....)

ข้อตกลงระหว่างบุคลากร ญาติของบุคลากร โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ซึ่งได้รับการตอบรับเป็นผู้ประกันตนสถานพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้อตกลงนี้ทำเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ระหว่าง (นาย, นางสาว, นาง)

.....บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กับ
นางสิรินทร์ ศาสตราณรงค์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาบุคลากร ว่าในการรับ

- บิดา (นาย).....
 มารดา (นางสาว, นาง).....
สามี/ภรรยา (นาย, นางสาว, นาง).....
 บุตร (นาย, นางสาว, นาง).....

เกี่ยวข้องเป็นญาติสายตรงของข้าพเจ้าบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ประกันตนสถานพยาบาล
โรงพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ข้าพเจ้าขอตกลงว่า หากข้าพเจ้าออกจากงานไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ โดยปฏิบัติงานใน
คณะแพทยศาสตร์ไม่ครบตามหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนสิทธิ์ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ยกเลิก
การขึ้นทะเบียนสิทธิประกันสังคม หลังจากที่ข้าพเจ้าพ้นจากงานในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ไปแล้ว
ญาติสายตรงของข้าพเจ้าจะต้องสิ้นสุดการเลือกสถานพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตามระเบียบผู้ประกันตนต่อไป
ได้ไม่เกิน 6 เดือน

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความนี้โดยตลอดแล้ว และถือปฏิบัติต่อ จึงลงนามไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....บุคลากรผู้ขอขึ้นทะเบียนประกันตน
(.....)

(ลงชื่อ).....ญาติของบุคลากรได้รับการคัดเลือก
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(หัวหน้างาน/หน่วย ต้นสังกัด).....

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่/ ผู้แทน

(ลงชื่อ).....

(นางสาวสิรินทร์ ศาสตราณรงค์)
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาบุคลากร



แบบเลือกสถานพยาบาลในการรับบริการทางการแพทย์

เลขที่รับ
 วันที่ เวลา
 ลงชื่อ ผู้รับ

1. รายละเอียดผู้ประกันตน
 ข้าพเจ้า นาย นางสาว นาง ชื่อสกุล
 เลขประจำตัวประชาชน เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.
 (สำหรับคนต่างตัวให้กรอกเลขที่บัตรประกันสังคม)

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 33
 ปัจจุบันทำงานกับสถานประกอบการชื่อ
 เลขที่บัญชี
 ลำดับที่สาขา
 เข้างานเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.
 ได้รับค่าจ้างงวดสุดท้ายเมื่อเดือน พ.ศ.

สำหรับผู้ประกันตนมาตรา 39 และบุคคลตามมาตรา 38 และมาตรา 41
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
 ถนน แขวง/ตำบล
 เขต/อำเภอ จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์มือถือ
 ชื่อสถานประกอบการสุดท้ายที่ทำงาน
 เลขที่บัญชี
 ลำดับที่สาขา
 ลีสัญภาพความเป็นลูกจ้างเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

2. การเลือกสถานพยาบาล

ยังไม่ได้เลือกสถานพยาบาล
 ขอใช้สถานพยาบาลเดิม (กรณี มาตรา 38 และ 41)
 ขอเปลี่ยนสถานพยาบาล (โปรดระบุเหตุผล)
เหตุผล
 เปลี่ยนสถานพยาบาลประจำปี
 เปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่งปี
เนื่องจาก
 ย้ายที่อยู่
 เปลี่ยนสถานที่ทำงาน
 อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้า (ผู้ประกันตน/คนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ)
 ขอเลือกสถานพยาบาล
 ลำดับที่ 1 ชื่อ
 หากไม่สามารถจัดสถานพยาบาลลำดับที่ 1 ให้ได้ จะจัดสถานพยาบาลลำดับถัดไปให้ตามลำดับ
 ลำดับที่ 2 ชื่อ
 ลำดับที่ 3 ชื่อ
 ข้าพเจ้าคนพิการซึ่งเป็นผู้ประกันตน ขอรับบริการสาธารณสุขจาก
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ขณะที่ข้าพเจ้าเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลใหม่ ข้าพเจ้าไม่ได้นอนพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลใดๆ
 และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ
 ลงชื่อ ผู้ประกันตน/ผู้มีสิทธิ
 (.....)
 ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

ความเห็นเจ้าหน้าที่
 เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล
 ไม่เห็นสมควรจัดสถานพยาบาล ระบุเหตุผล

 ลงชื่อ เจ้าหน้าที่
 (.....)
 ลงวันที่ เดือน พ.ศ.